

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 100

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HÉMORRAGIE INTESTINALE
AU COURS DE LA
FIÈVRE TYPHOÏDE
SES RAPPORTS AVEC LA TEMPÉRATURE
TRACÉS THERMOMÉTRIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 14 Avril 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges HUMBLLOT

Ex-Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon

Né à LYON (Rhône), le 14 Mars 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1926

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉMORRAGIE
INTESTINALE
AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
Ses rapports avec la Température
Tracés thermométriques

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 100

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HÉMORRAGIE INTESTINALE
AU COURS DE LA
FIÈVRE TYPHOÏDE
SES RAPPORTS AVEC LA TEMPÉRATURE
TRACÉS THERMOMÉTRIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 14 Avril 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges HUMBLLOT

Ex-Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon

Né à LYON (Rhône), le 14 Mars 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
	ROQUE
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	COMMANDEUR
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie Interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE
Anatomie pathologique	PAVIOT
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	MARTIN (Etienne)
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	PIC
Pharmacologie	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLÉMENTAIRE

Stomatologie	TELLIER
--------------------	---------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX		NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CADE, président; SAVY, assesseur;

SANTY et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE,

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Il a guidé nos premiers pas dans la carrière médicale, avec une affectueuse sollicitude, et nous a toujours témoigné la bonté la plus accueillante. Nous l'assurons de notre dévouement et de notre profond attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOULLIoud,

*Chirurgien-Chef honoraire de l'Hôpital Saint-Joseph,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Il a été pour nous un maître indulgent et attentif. Nous tenons à lui exprimer ici notre profonde reconnaissance pour les leçons cliniques qu'il nous a données avec tant de bienveillance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHABALIER,

Médecin-Chef de l'Hôpital Saint-Joseph.

Nous le remercions du précieux enseignement qu'il nous dispensa pendant plus d'un an d'internat dans son service. Qu'il trouve ici l'hommage de notre respectueuse gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR CADE,
*Professeur de Pathologie générale
à la Faculté de Lyon,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHALIER,
*Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon,
Médecin des Hôpitaux.*

Il nous a suggéré le sujet de notre thèse et prodigué, pour la rédaction de ce travail, ses conseils éclairés. Nous le prions d'agréer l'expression de nos sincères remerciements.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX :

M. LE PROFESSEUR ROQUE,
M. LE DOCTEUR SAVY,
M. LE DOCTEUR GALLAVARDIN,
M. LE DOCTEUR FROMENT.

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH :

M. LE DOCTEUR GOULLIoud,
— CHABALIER,
— THEVENET,
— OLIVIER,
— GIULIANI,
— BLANC-PERDUCET.
— FAYSSE,
— CHARRAT.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉMORRAGIE
INTESTINALE
AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
Ses rapports avec la Température
Tracés thermométriques

INTRODUCTION

« Les difficultés et l'obscurité ne s'aperçoivent en chacune science que par ceux qui y ont entrée... Moi y trouve une profondeur et une variété si infinie que mon apprentissage n'a d'autre fruit que de me faire sentir combien il me reste à apprendre. »

(MONTAIGNE).

Peut-être aussi ancienne que l'espèce humaine, la fièvre typhoïde n'a été dégagée qu'au début du siècle dernier du groupe confus des « fièvres » que décrivaient les traités antérieurs à 1829.

C'est à cette date que Louis résumait sept années de recherches dans une monographie demeurée unique en médecine par sa précision et sa clarté et traçait de la fièvre typhoïde un tableau anatomique et symptomatologique presque définitif.

Ces recherches ont été ardemment poursuivies par d'autres, pendant tout le cours du xix^e siècle. Et il semblerait qu'il n'y eût pas de maladie aujourd'hui mieux connue. Son étiologie précise, ses symptômes et ses lésions caractéristiques, sa pathogénie, son diagnostic assuré d'une rigueur expérimentale absolue en font un des types de septicémie humaine le plus parfaitement individualisé, et dont nous pouvons le mieux être maîtres.

Le tableau clinique, en particulier, qui repose sur de très anciennes observations, paraîtrait devoir être considéré comme parfaitement établi.

Il n'en est pas moins vrai que certains moyens d'investigation, mieux employés aujourd'hui qu'autrefois, permettent d'apporter des précisions nouvelles. La surveillance minutieuse des selles dothiénériques, l'habitude de prendre la température des malades toutes les trois heures donnent aux observations une rigueur plus scientifique. Des lois cliniques, considérées jusqu'à présent comme absolues, prêtent dès lors à discussion : des réserves et des distinctions s'imposent.

En nous attachant à l'étude d'une des complications de la typhoïde la plus importante par sa fréquence, sa gravité, la difficulté qu'il y a de la prévoir et de la diagnostiquer : l'hémorragie intestinale, nous n'avons pas eu d'autre but que d'insister sur certains points de ce tableau et à la lumière de faits et d'observations rigoureux, de montrer ce qu'il faut penser des notions classiques.

Après avoir brièvement rappelé quelques notions anatomiques pouvant expliquer l'hémorragie intestinale, nous en reprendrons le tableau clinique, nous réservant d'insister, dans un article spécial, sur ses rapports avec la courbe thermique, d'où sur l'évolution de la maladie au point de vue pronostic, en laissant volontairement de côté toutes considérations thérapeutiques.

Qu'il nous soit permis d'adresser ici nos remerciements à M. le Professeur agrégé Chaliér, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, nous communiquer les observations de typhoïdes de son service et nous guider de ses précieux conseils.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales Données anatomo-pathologiques

Par quelles lésions s'expliquent les hémorragies intestinales au cours de la fièvre typhoïde ?

Il nous a semblé utile de résumer l'anatomie pathologique générale de l'intestin dans la dothiéntérie, nous réservant d'insister sur les points qui nous intéressent plus particulièrement.

Petit, Serres, Prost, Bretonneau et Trousseau, dès le début du xix^e siècle, avaient déjà été frappés des lésions qu'on découvrait sur l'intestin grêle dans les « fièvres » et les avaient minutieusement décrites.

C'est Louis qui, en 1829, montra le premier que la lésion profonde et spéciale des plaques elliptiques de l'intestin grêle doit être considérée « non seulement comme propre aux maladies typhoïdes, mais comme en formant le caractère anatomique, ainsi que les tubercules forment ceux de la phtisie ».

La découverte du bacille typhique par Eberth a démontré que si la fièvre typhoïde est une septicémie

et qu'elle peut se localiser secondairement sur n'importe quel organe ou tissu, il n'en reste pas moins vrai que les lésions intestinales continuent à dominer l'anatomie pathologique de la dothiéntérie.

Les notions histologiques plus récemment acquises achèvent de faire comprendre l'importance de ces lésions et de toutes les complications qui peuvent en résulter.

Où se trouve donc la lésion caractéristique de la fièvre typhoïde ?

Au niveau de l'intestin grêle, nous l'avons vu, et surtout sur une partie de l'intestin grêle : l'iléon, dans son dernier segment.

Cette lésion consiste dans la tuméfaction, la nécrose et l'ulcération des follicules agminés ou plaques de Peyer, et des follicules isolés ou follicules clos.

Ces plaques sont en plus ou moins grand nombre, mais au maximum dans le voisinage immédiat de la valvule iléo-cæcale, et se développent là pour s'étendre plus ou moins loin sur la lumière intestinale.

La première période, période d'infiltration ou de tuméfaction des plaques et des follicules apparaît déjà au quatrième jour, d'après Trousseau : elle est constante au huitième jour. Histologiquement, elle commencerait le premier jour. Cet examen histologique d'une plaque de Peyer ou d'un follicule tuméfié nous montre précisément — outre le grand nombre de cellules lymphatiques et les cellules typhiques de Rindfleisch qu'on doit ranger parmi les macrophages de Mentchnikoff — un deuxième point qui nous intéresse plus particulièrement : la *dilatation considéra-*

ble des vaisseaux à l'intérieur des plaques ou des follicules. Ces vaisseaux sont bourrés de globules rouges et enflammés. Les artérioles peuvent même présenter de l'endartérite avec thrombose oblitérante.

La deuxième période, période d'ulcération, survient le dixième ou onzième jour. Conséquence de la mortification et de l'élimination des plaques et des follicules, qui se fait en bloc ou par foyers isolés de nécrose, la perte de substance qui en résulte peut être minime ou intéresser toutes les couches jusqu'à la séreuse.

Ce processus explique les hémorragies intestinales à ce second stade : les progrès de l'ulcération ou la chute de l'escarre peuvent en effet entraîner l'ouverture de vaisseaux importants, aussi bien au niveau des plaques que des follicules, où l'ulcération est parfois profonde.

A l'examen histologique, on voit en effet, sur le fond de l'ulcère, les parois des vaisseaux souvent nécrosées. De plus, beaucoup de vaisseaux néoformés ont des parois embryonnaires fragiles, qui prêtent facilement aux hémorragies.

C'est alors que commence la troisième période ou période de cicatrisation, vers la quatrième semaine environ : elle dure de 15 à 30 jours.

Au niveau du gros intestin, quelles lésions peut-on observer ? Il n'est jamais intact, mais il ne présente qu'une fois sur trois les lésions spécifiques de la fièvre typhoïde, localisées surtout au niveau du cæcum. Le plus souvent, il s'agit de lésions banales : météorisme, hyperhémie. Les hémorragies paraissent donc rares dans le gros intestin.

Au niveau de l'estomac, au contraire, la muqueuse est quelquefois congestionnée et marbrée de suffusions hémorragiques. Les capillaires et les veinules sont dilatés et gorgés de globules rouges.

Le processus, par ailleurs, peut être le même qu'au niveau de l'intestin grêle et aboutir à des érosions folliculaires ou érosions de Cruveilhier, avec ulcérations de vaisseaux et hémorragies. Ces cas sont relativement rares.

Nous laissons donc volontairement de côté les hémorragies dues à un processus hémorragique, pour ne parler que de celles qui relèvent d'un processus local ayant pour siège les lésions mêmes de l'intestin.

Nous avons vu que le stade d'infiltration pouvait expliquer des hémorragies dues à une hyperhémie des vaisseaux mésentériques. Mais ces cas ne sont pas fréquents. Il s'agit alors d'hémorragies très précoces et très légères.

Le plus habituellement, l'hémorragie est due à l'ulcération d'une artériole au niveau d'une des plaques typhoïdes ulcérées par le processus nécrotique ou la chute de l'escarre. Ce dernier mécanisme a été clairement élucidé par les expériences de Jenner et Hamernyk qui, en injectant l'artère mésentérique supérieure, ont vu, dans quelques cas, le liquide sourdre à la surface de l'ulcération. Il faut avouer cependant que, dans la majorité des cas, il est impossible de retrouver à l'autopsie la section vasculaire qui a donné issue au sang (Andral). C'est pour expliquer les faits de ce genre que Raymond a invoqué une altération vasculaire portant sur les capil-

lares et les artérioles. C'est en effet en raison de l'artériolite aiguë oblitérante qui rétrécit et obstrue la lumière des vaisseaux qu'on s'explique que l'hémorragie intestinale ne soit pas plus fréquente chez les typhiques.

Sur nos 34 observations d'hémorragies intestinales, nous avons relevé 10 cas de morts. 7 fois, on a pratiqué l'autopsie.

Toutes ces observations, sauf une (Obs. XXIII), ont montré des ulcérations siégeant sur l'intestin grêle et au maximum dans la région iléo-cæcale. Leur nombre était plus ou moins grand. La profondeur de la partie ulcérée était plus ou moins considérable, nettement moins marquée dans les cas d'hémorragies légères. Les trois vérifications d'hémorragies bénignes ont plutôt mis en évidence la congestion et la tuméfaction des plaques de Peyer qui, néanmoins, présentaient quelques ulcérations. Seul le malade de l'Obs. XXIII n'en présentait aucune.

Dans deux cas, les tuniques intestinales étaient recouvertes de sang (Obs. IV et IX). Dans le premier cas, au niveau des ulcérations, c'est-à-dire sur le grêle ; dans le second cas, au niveau du gros intestin, sans qu'il y eût cependant d'ulcérations visibles à ce niveau.

Dans un seul cas d'hémorragie légère, nous avons trouvé notée une ulcération du gros intestin, avec perforation ayant entraîné la mort par péritonite (Obs. XXIX).

CHAPITRE II

Données cliniques

ARTICLE I

Fréquence des Hémorragies intestinales au cours de la Fièvre typhoïde

L'anatomie des lésions nous a expliqué comment il se fait que, grâce au mécanisme d'artériolite aiguë avec thrombose oblitérante au niveau des vaisseaux, l'infiltration et l'ulcération des plaques et des follicules n'entraînent pas constamment la rupture artérielle et l'hémorragie.

Celle-ci n'en reste pas moins un accident relativement fréquent. Cette fréquence, toutefois, est difficile à établir. Homolle, qui a réuni le plus grand nombre de documents, soit français, soit étrangers, indique, pour 10.000 cas examinés, le chiffre de 4,65 %. Il est certain que ce n'est qu'une moyenne

générale. D'une part les chiffres donnés varient avec les auteurs et vont de 2 à 5 et même 10 %, et d'autre part la fréquence des hémorragies relève de circonstances particulières.

Le terrain peut être un facteur important : d'abord l'âge ; chez les enfants, les hémorragies sont un accident rare. Le sexe ne semble jouer aucun rôle : elles sont aussi fréquentes à l'âge adulte, chez l'homme que chez la femme. Quelques auteurs, comme Rénon et Marfan, font jouer un rôle aux maladies antérieures : le diabète leur semble un facteur prédisposant, peut-être par l'intermédiaire de l'hypertension artérielle de règle chez les typhiques, selon Teissier.

Le génie épidémique est un point dont il faut tenir compte. Les hémorragies sont plus fréquentes au cours de certaines épidémies de typhoïdes : on cite l'épidémie parisienne de 1882, qui en compta de nombreuses.

Mais elles appartiennent surtout aux formes graves de la dothiéntérie avec diarrhée profuse et météorisme marqué.

Après dépouillement de 381 observations de typhiques soignés depuis trois ans dans le service du Docteur Chalier, nous avons réuni 37 cas d'hémorragies, soit une proportion de 8,9 %.

Elles se répartissent ainsi :

Pour 114 typhoïdes chez l'homme, 12 hémorragies, soit 9,5 %.

Pour 217 typhoïdes chez la femme, 25 hémorragies, soit 8,6 %.

L'ensemble de ces cas se répartit ainsi sur trois années :

1923 : 12 cas pour 116 typhoïdes (1 cas en juin, 11 entre août et décembre).

1924 : 15 cas pour 130 typhoïdes (tous entre août et décembre).

1925 : 10 cas pour 85 typhoïdes (tous, sauf un cas, entre juin et décembre).

ARTICLE II

Dates des Hémorragies au cours de la Fièvre typhoïde

Ici encore, c'est à la lumière des lésions anatomiques et de leur processus que nous pouvons nous expliquer la date d'apparition des hémorragies.

Elles surviennent presque toujours en pleine période d'état, entre la deuxième et la quatrième semaines, c'est-à-dire pendant tout le cours de la période d'ulcération.

Mais elles peuvent être plus précoces et surprendre dès la première semaine, au moment de la période d'infiltration des plaques et des follicules.

Par contre, quelquefois très tardives, elles ont été notées par Murchinson, à la septième ou huitième semaine ou au cours d'une rechute, même si elles ne sont pas apparues lors de la première atteinte.

Homolle, réunissant les trois statistiques explicites de Griesinger, Murchinson et Liebermeister, note que l'hémorragie s'est produite sept fois seulement dans la première semaine, cinquante et une fois dans le cours et surtout la fin de la deuxième semaine, et cinquante-cinq fois dans la troisième semaine.

Elle est donc exceptionnelle dans les tout premiers jours ou au delà d'un mois.

Elle est fréquente encore vers le septième et surtout les douzième et quatorzième jours.

Elle est très fréquente entre le quatorzième et le vingt et unième jour.

Nos observations personnelles nous ont fourni les indications suivantes :

Pour 59 hémorragies (nous tenons compte des petites hémorragies précédant les hémorragies abondantes :

Entre le 1 ^{er} et le 7 ^e jour (inclusivement)	2
— 7 ^e et le 14 ^e —	19
— 14 ^e et le 21 ^e —	17
— 21 ^e et le 30 ^e —	15
Au delà du 30 ^e jour	6

Nous voyons ainsi que :

1° Elles ont été exceptionnelles dans la première semaine que ce n'ont été que des entérorragies légères de moins de 200 gr. ;

2° Qu'elles ont été très fréquentes dans la deuxième semaine ;

3° Qu'elles ont été fréquentes également dans la troisième semaine ;

4° Que, de plus, elles ont souvent fait leur apparition entre le vingt et unième et le trentième jour ;

5° Qu'elles ont été exceptionnement tardives (6 fois) trois fois pendant la septième semaine.

Ces chiffres semblent d'ailleurs correspondre à ceux donnés par Homolle. Nous noterons seulement que les hémorragies les plus précoces ont été généralement légères et que les hémorragies tardives ont toujours été très abondantes.

ARTICLE III

Symptomatologie

Il est des hémorragies abondantes qui n'apparaissent pas au dehors et amènent la mort rapide dans le collapsus ou par syncope, à la façon des grandes hémorragies internes.

On trouve ces formes, cependant rares — nos observations ne nous en ont fourni aucun cas — fréquemment signalées par les anciens auteurs.

Le plus ordinairement, le sang apparaît au dehors et l'hémorragie se trouve ainsi caractérisée à la fois par des signes physiques et des signes généraux.

Quoi qu'il en soit, elle est presque toujours un accident imprévu. M. Teissier a appelé l'attention sur la valeur de l'élévation passagère de la tension artérielle comme signe prémonitoire des hémorragies intestinales, signe d'une valeur particulière dans une maladie hypotensive par excellence. C'est là, du reste, une constatation du même ordre que celle faite bien auparavant par M. Bouchard, de la disparition du dirotisme du pouls.

Pratiquement, c'est la surveillance attentive des selles qui révèle la perte de sang dans les matières. Cette perte de sang peut commencer sans cause provocatrice apparente, spontanément, au cours d'un bain, ou, au contraire, à l'occasion des efforts d'une

selle, à la suite d'un lavement qui revient teinté de sang. Le transport à l'hôpital d'un malade ayant saigné chez lui favorise également l'apparition d'une nouvelle hémorragie.

Lorsque l'hémorragie est légère, les déjections sont colorées par le sang et striées ou teintées en rose. Les hémorragies moyennes ont l'aspect classique du goudron ou de la poix. La quantité de sang perdue peut être alors de 150 à 200 gr. Dans les hémorragies abondantes elle est plus considérable et peut aller de 200 gr. à 1 litre et 1 litre et demi. Les pertes de 500 ou 600 gr. et de 1.000 gr. sont fréquentes. Le sang est rutilant ou se présente à l'état de liquide épais, rouge sombre, mêlé à de gros caillots mous. Parfois — nous en avons trouvé deux ou trois observations — il inonde le lit, traverse les draps et dégoutte sur le plancher.

Les signes généraux de l'entérorragie varient le plus souvent avec son degré d'abondance. Les hémorragies de petite quantité ne donnent lieu qu'à fort peu de signes généraux; parfois même elles diminuent l'intensité de certains symptômes comme la céphalée. Lorsque la perte de sang est plus sérieuse, on observe tous les phénomènes des hémorragies internes : pâleur de la face, décoloration des muqueuses, tendance syncopale, vertiges, tintements d'oreille, agitation et angoisse, refroidissement périphérique, petitesse du pouls. Les malades se plaignent parfois d'une sensation de coliques ou de plénitude abdominale. L'examen du sang montre une diminution du nombre des globules rouges.

Enfin, un symptôme des plus importants, le plus important sans doute, est l'influence de la perte de sang sur la température.

Nous allons examiner ces rapports de l'hémorragie avec la courbe thermique de la typhoïde, dans un article spécial. Nous verrons comment elle influe sur cette courbe dans les heures, puis dans les jours qui la suivent.

ARTICLE IV

Rapports de l'Hémorragie intestinale avec la température

§ 1. — *La température dans les premières heures qui suivent l'hémorragie*

Les hémorragies intestinales s'accompagnent, au dire de la majorité des auteurs, d'une chute immédiate et profonde de la température, pouvant aller de 1° à 3°, surtout dans les cas d'hémorragies abondantes.

Si les premières études thermométriques de la fièvre typhoïde remontent à 1842, avec Gierce, elles n'entrent dans une voie scientifique qu'un peu plus tard, avec Traube.

Et c'est Wunderlich qui les porte à leur maximum de précision. Il note qu'après les hémorragies, la température fait d'abord une chute brusque et remonte ensuite autant et plus qu'auparavant. Griesinger, parmi les causes qui entraînent des abaissements thermiques, signale en premier lieu les entérorragies. Indiquant un abaissement de 1° à 2° pour les épistaxis abondantes, il donnait le chiffre de 2° à 3° pour les hémorragies intestinales.

Pour tous les premiers observateurs, il y avait donc au moins, dans le cas de pertes sanguines copieuses, un abaissement subit très net. Murchinson, Mullan dans sa thèse, soulignent que cette chute est immédiate, qu'elle a lieu dans l'espace de deux ou trois heures et peut se prolonger quelques heures, la courbe ne reprenant sa marche ordinaire que 36 ou 48 heures après.

Dans la première semaine, selon Lecomte, elle ne serait généralement pas immédiate, et sauf des cas exceptionnels, cet abaissement ne persiste pas.

Il conclut de l'opinion générale de ses devanciers et des nombreuses observations qu'il a passées en revue à un fait constant: la chute immédiate de la courbe, après les hémorragies copieuses plus particulièrement.

Tous les auteurs, dans la suite, expriment la même idée : Hutinel, dans sa thèse d'agrégation sur les températures basses centrales ; Mirza-Ali, qui voit dans cette chute thermique un signe pouvant à lui seul être un guide fidèle pour être amené à diagnostiquer une hémorragie intestinale et il ajoute, comme Murchinson, « même sans écoulement extérieur ».

Aussi bien cette notion fera désormais le fond de tous les tableaux cliniques de l'entérorragie, dans les traités classiques. Elle sera illustrée de schémas thermométriques, où sera représentée la chute brusque et profonde de 39°, 40° à 37° qui est donnée pour caractéristique.

Il semble cependant que les méthodes d'investigation cliniques plus précises, la surveillance rigoureuse

des matières et le fait de prendre la température des typhiques toutes les trois heures, aient modifié quelque peu cette conception.

On trouve quelques auteurs pour faire des réserves et établir des distinctions.

Abrami, Widal et Lemierre en particulier, dans leur article consacré aux Fièvres Typhoïdes du *Nouveau Traité de Médecine*, consacrent quelques lignes aux rapports de l'hémorragie avec la température et voient des exceptions à la loi clinique considérée comme classique.

« En même temps (que les signes généraux), disent-ils, il est fréquent — mais non constant — d'observer une chute rapide de la température ; elle est d'autant plus brusque et plus accusée que l'hémorragie est plus copieuse. Cet abaissement n'est que momentané et dans les cas favorables, remonte à un niveau souvent plus élevé qu'avant la chute. »

« Dans certains cas, ajoutent-ils, avec des hémorragies non excessives mais abondantes, nous avons vu la température demeurer invariable et parfois même présenter, dans les heures suivantes, une exacerbation de quelques dixièmes de degré. »

Or nous pensons — d'après nos 34 observations personnelles — 1° Que la loi clinique de la chute rapide et profonde de la température ne doit pas être considérée comme habituellement vérifiée, mais encore comme fausse dans son énoncé.

2° Sur un total de 34 observations, les hémorragies intestinales s'étant chez certains malades reproduites plusieurs fois, nous avons eu, en fait, 61 hémorragies.

Ces 61 hémorragies ont été suivies 37 fois d'abaissement et, au contraire, 24 fois d'élévation.

Sur 37 cas d'abaissement :

25 fois, cet abaissement a été pour ainsi dire nul, insignifiant, ou n'a pas dépassé 0°6 ;

8 fois, il a été de 0°6 à 1° ;

3 fois, il a atteint de 1 à 2° ;

1 seule fois l'abaissement a été de 3°5.

3° *Et par contre il y a eu, dans 24 cas et sans abaissement prémonitoire une élévation thermique allant de 0°2 à 0°4 à 1° (4 fois) et même 1°3 (1 fois).*

4° *Il est des observations où la chute thermique — quand elle a eu lieu — n'a pas été immédiate mais s'est faite seulement 24 ou 36 heures après l'hémorragie, quelquefois après une élévation passagère.*

5° *Contrairement à l'assertion classique, il n'y a pas lieu d'établir un lien étroit entre le degré d'abondance de l'hémorragie et la température.*

Parmi les hémorragies abondantes au nombre de 25 que nous avons réunies, il y a eu 14 fois seulement abaissement et, par contre, 11 fois une élévation thermique.

Sur 14 abaissements, 6 fois il a été insignifiant, ou n'a pas dépassé 0°6 ;

4 fois, de 0°6 à 1° ;

3 fois, de 1° à 2° ;

Une seule fois, il a été de 3°5.

Par contre, 11 fois il y a eu élévation thermique, même après des hémorragies très abondantes « excès-

sives » même. Les obs. 3, 5, 6, 8, 9, le prouvent clairement.

— Parmi les hémorragies moyennes, au nombre de 17, il y a eu 14 fois abaissement.

Mais 10 fois cet abaissement a été insignifiant ou n'a pas dépassé 0°6. Il a été 4 fois seulement de 1°. Et, par contre, il y a eu 3 fois élévation thermique.

— Parmi les hémorragies légères, au nombre de 19, il y a eu 11 fois abaissement, d'ailleurs insignifiant, atteignant 2 fois 0°6.

Et, par contre, il y a eu 8 fois élévation de quelques dixièmes.

§ 2. — *La température dans les jours qui suivent l'hémorragie*

A l'examen du tracé thermométrique, qu'observons-nous dans les jours qui suivent l'hémorragie ?

Il y a d'abord des cas indifférents, où l'hémorragie ne semble pas avoir une action directe sur la marche de la courbe: elle peut avoir amélioré d'autres signes. La température remonte s'il y a eu chute et suit sa marche ordinaire dans la maladie, avec plus ou moins de régularité, suivant la gravité de l'affection ou la présence d'autres complications.

Nous avons observé neuf cas indifférents dans nos observation (Obs. 1, 2, 8, 10, 14, 19, 22, 30, 31), où, malgré des hémorragies même abondantes, la température a poursuivi sa marche ordinaire, plus ou moins fixement selon l'intensité du processus Eberthien ou l'apparition d'autres symptômes.

Il y a par contre des cas heureux. Dans ces cas nettement favorables, quelle que soit l'époque de l'hémorragie, la température quand elle a baissé ne revient pas à son niveau primitif ; elle baisse progressivement pour revenir au chiffre normal ; d'autres fois, on la voit remonter pour peu de temps, mais les oscillations demeurent plus grandes, la rémission matinale plus accusée : c'est la période des grandes oscillations pendant la convalescence. Ces deux formes, peuvent d'ailleurs se combiner.

Nous avons trouvé douze observations, dans lesquelles l'hémorragie a constitué un symptôme favorable et a conduit rapidement à la guérison, en ramenant en quelques jours la température à 37° (Obs. 7, 12, 16, 17, 18, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 34).

Dans une troisième série de cas nettement défavorables ou mortels, la température (comme pour les cas indifférents), peut d'abord n'être pas modifiée et la mort peut survenir, assez longtemps après la température, subissant des variations dues à d'autres complications (Obs. 9, 15, 23, 32).

Souvent, après une chute ou une élévation momentanée, elle continue à s'élever dans les heures qui suivent et la mort survient avec une température à 40°5 ou 41, avec (Obs. 13) ou même sans apparition d'une autre complication (contrairement à l'opinion de Lecomte (Obs. 4, 5, 6, 10).

CHAPITRE III

Pronostic des Hémorragies

L'hémorragie n'est-elle donc pas toujours un signe alarmant ? Est-il au contraire des cas où elle doit être vue comme un symptôme de favorable augure et quels sont ces cas ?

C'est poser la question de la valeur des entérorragies typhiques. Cette question a intéressé la plupart des cliniciens dont le nom reste attaché à l'histoire clinique de la typhoïde. Elle a donné lieu à des opinions fort diverses, les uns tenant par leur haute gravité, les autres la considérant sous un jour beaucoup plus propice.

On met en avant le nom de Trousseau, qui, à l'encontre de Bretonneau, Grisolle, Jenner, Louis, Bell, Chomel, Barth et Murchinson, bien qu'ayant partagé primitivement leur manière de voir, considérait les hémorragies comme un symptôme de pronostic bénin : « Loin d'avoir la gravité qu'on leur accorde, dit-il,

elles constituent le plus souvent un phénomène de favorable augure. »

Les premiers auteurs citaient en faveur de la gravité : Louis, 3 morts sur 7 cas ; Chomel, 6 sur 7 ; Griesinger, donnait une mortalité de 31,2 % ; Libermesitel, 27 % ; Murchinson, 53,3 % et Hommolle, 44,3 % avec une statistique portant sur près de 500 cas. Les séries de quelques auteurs comportaient des cas où presque tous les malades étaient morts.

Nous avons eu, quant à nous, 27 % de mortalité pour nos hémorragies.

Trousseau, au contraire, n'avait vu que trois décès en 7 ans. Un mémoire de Ragaine, présentait 115 observations d'hémorragies, avec 115 guérisons. De même Hemedý, de Dublin.

Il semblait donc que l'accord fût impossible. En réalité, des réserves et des distinctions s'imposaient.

Trousseau lui-même, au cours de sa leçon clinique sur les hémorragies, avait ajouté cette phrase, dont semble-t-il, on ne lui tient pas souvent compte, en citant son opinion : « Je ne voudrais pas cependant qu'on me fit dire que je regarde comme d'une innocuité absolue les accidents considérés jusqu'à présent par tous comme des complications toujours sérieuses. »

Ces distinctions devaient s'appliquer d'abord au degré d'abondance de l'hémorragie et à sa date d'apparition. Murchinson considérait que quand elle est minime, elle a probablement peu d'influence et que même, quand elle a lieu avant le 12^e jour elle peut être utile en diminuant la congestion de l'intestin.

Mais quand elle est considérable (et après le 12^e jour, une perte, même légère, dit-il, est souvent le prélude d'hémorragies considérables, c'est un signe dange-reux. A l'inverse, Hirtz soutient que les pertes du début sont suivies du retour de la chaleur et que celles qui surviennent vers le décours peuvent amener une amélioration décisive.

Il est certain que la quantité de sang perdue comme le dit Griessinger, paraît de la plus grande importance pour le pronostic. Et la question de la date d'apparition de l'entérorragie n'est qu'un facteur secondaire : des hémorragies précoces peuvent être abondantes et même, si elles ont lieu avant le 12^e jour, contrairement à ce que dit Griessinger, elles peuvent annoncer des hémorragies beaucoup plus considérables et même mortelles. Dans 4 de nos observations sur 9, d'hémorragies suivies de décès, la première perte sanguine est apparue avant le 12^e jour.

Nous avons eu 40 % de mortalité pour les hémorragies abondantes, 22 % pour les hémorragies moyennes, 21 % pour les hémorragies légères.

Par contre, pour ces hémorragies légères, l'hémorragie a souvent été le signe « de favorable augure » et cela dans près de la moitié des cas.

La fréquence des pertes, leur répétition, semble devoir assombrir le pronostic : dans la moitié des cas mortels, il y avait eu deux ou trois et jusqu'à quatre hémorragies de suite.

On doit tenir compte également du terrain : il est certain que dans la forme hémorragique où il y a

association d'autres hémorragies, le pronostic sera plus réservé.

Enfin les hémorragies et surtout les hémorragies tardives doivent toujours faire craindre la fatale perforation. Tous les auteurs ont parlé de cette menace perpétuelle qui pèse sur les malades saignant abondamment. Sur 9 cas d'hémorragies mortelles, nous avons eu deux perforations.

En résumé, les hémorragies sont toujours à redouter. Quand elles sont abondantes, elles entraînent souvent la mort par schok ou par perforation, dans 30 à 40 % des cas environ.

Les hémorragies légères, elles-mêmes, ne sont pas inoffensives car elles peuvent annoncer des pertes plus abondantes, mais, dans un grand nombre de cas cependant peuvent être considérées comme favorables à une chute rapide et durable de la température et à la guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Typhoïde clinique. Première hémorragie légère au 14^e jour, suivie, aux 26^e et 28^e jours, de deux hémorragies abondantes. Chute thermique insignifiante pour les deux premières, et de 1°5 pour la troisième.

Mlle C... Reine, 17 ans, entre le 17 août 1923. Elle se plaint de céphalée depuis quelques jours et a de la température.. Elle présente un léger épistaxis.

A l'entrée : Peu de signes cliniques : taches rosées lenticulaires. Matité de la base droite. Les autres signes manquent.

Hémoculture et sérodiagnostic négatifs.

Au 14^e jour, le 25 août, première selle hémorragique. Baisse de 0°1.

Au 26^e jour, hémorragie abondante. Chute thermique de 0°4. Pouls à 135. Les selles sont encore hémorragiques dans la matinée du lendemain, mais la température remonte de 0°5.

Au 28^e jour, grosse hémorragie dans la nuit. Chute thermique de 1°5. Les selles sont encore légèrement hémorragiques dans la journée.

Le 3 décembre 1923 : *Guérison.*

OBSERVATION II

Typhoïde. Hémoculture et sérodiagnostic positifs. Hémorragies abondantes aux 15^e et 18^e jours, sans chute thermique appréciable.

Mlle C... G..., âgée de 19 ans, malade depuis huit jours, entre dans le service, le 13 décembre 1924, pour céphalée, épistaxis et pour des phénomènes généraux de plus en plus accentués : malaise général, température en plateau à 40°.

Signes habituels : langue typhique, prostration, enduit opalescent sur le pilier antérieur gauche (levures et filaments myceliens de muguet), taches rosées lenticulaires, gros foie et grosse rate, matité de la base droite. Bruits cardiaques éclatants, poulx dicrote.

L'hémoculture est positive, et le sérodiagnostic positif à 500.

Au 15^e jour, le 19 décembre, hémorragie intestinale assez abondante, révélée une première fois par un lavement mélangé de sang rejeté par la malade ; puis, une deuxième fois, par une perte plus abondante de sang pur, rutilant, sans caillots. La patiente accuse une sensation de plénitude de l'abdomen et souffre de violentes coliques. Le facies n'est pas altéré. La température s'élève de 0°3, malgré plusieurs autres selles liquides rouges.

Au 16^e jour, le 20 décembre, vers 3 heures de l'après-midi, nouvelle hémorragie assez abondante au cours d'une selle, avec de gros caillots de la grosseur d'un œuf. Très légère chute thermique de 0°6 en 6 heures. Les trois jours suivants, les selles sont encore légèrement rougeâtres, puis redeviennent normales.

Pendant ces trois jours, aucune modification thermique n'a pu révéler, somme toute, que l'hémorragie continuait. L'hémorragie arrêtée, on ne voit pas baisser la température.

OBSERVATION III

Fièvre typhoïde. Hémoculture positive. Très abondante hémorragie au 18^e jour. Chute immédiate de 0°4 en 3 heures. Deuxième hémorragie plus abondante que la première, suivie d'une ascension immédiate de 1°3.

Mme G..., âgée de 34 ans. Se plaint, depuis 15 jours, d'insomnie, sans céphalée, et présente une température très élevée à 40°. Elle entre dans le service le 6 octobre 1923.

Signes habituels : prostration, langue typhique, météorisme avec anses visibles. Taches rosées. Splénomégalie.

L'hémoculture est positive. On baigne la malade jusqu'au 18^e jour.

Au 18^e jour, le 9 octobre 1923, première hémorragie très abondante. Chute de 0°4 en 3 heures.

Au 19^e jour, seconde hémorragie plus abondante encore que la première, qui n'empêche pas la courbe de réascensionner de 1°3.

Puis, elle tombe de 2°5, vingt-quatre heures après. *Guérison.*

OBSERVATION IV

Fièvre typhoïde. Hémoculture et sérodiagnostic positifs.

Au 9^e jour, hémorragie de 300 gr. Chute thermique de 2°.

Au 12^e jour, seconde hémorragie de 300 gr. Abaissement de 0°5. Troisième hémorragie de 300 gr. Elévation de 1°.

Quatrième hémorragie de 400 gr. Chute de 0°3. — Au 16^e jour : mort.

Mme F... Françoise, ayant soigné son enfant atteint de fièvre typhoïde, en septembre 1925, entre dans le service, le 2 novembre 1925. Elle est malade depuis 7 jours déjà. Le début s'est fait assez brusquement par de la céphalée, de la lassitude et des vomissements bilieux. Elle avait des

insomnies et se plaignait d'oppression. La température, d'abord à 38°, s'était élevée à 39°5.

A l'entrée : Epistaxis, Constipation : météorisme marqué. Foie non perçu. Rate percevable, non palpable. Pouls à 112, normal. Matité aux deux bases. Albumine.

Hémoculture et sérodiagnostic positifs.

Au 9^e jour, le 3 novembre, vers 15 heures, hémorragie intestinale avec caillots, de 300 gr., suivie d'une nouvelle perte de 300 gr. le soir. La température tombe de près de 2°. Signes anémiques très prononcés.

Au 11^e jour, à 3 heures du matin, hémorragie de 300 gr., suivie d'un abaissement thermique de 0°5.

Nouvelle hémorragie de 300 gr., à 16 heures, suivie d'une élévation de 1°.

Quatrième hémorragie à 22 heures environ. Chute de 0°3 dans les trois heures qui suivent.

Des examens sanguins répétés ont montré une diminution des globules rouges de 3.348.000 à 2.356.000, et une augmentation des globules blancs de 6.000 à 15.000, puis à 9.000.

Les hémorragies ont cessé le 7.

Le 8 novembre : La malade présente du délire et quelques heures d'agitation.

Mort.

AUTOPSIE. — *Poumons* : Epanchement pleural bilatéral.

On ne trouve rien aux reins.

Le cœur est un peu flasque. Le foie, normal, pèse 1.800 gr. La rate pèse 350 gr.

Intestin : On ne trouve des ulcérations que sur le dernier mètre du grêle ; elles sont assez nombreuses dans la région ilio-cœcale. Une d'elles paraît en voie de perforation. Elles sont recouvertes de sang.

Il n'y a pas d'ulcérations sur le gros intestin.

OBSERVATION V

Fièvre typhoïde clinique. Hémoculture et sérodiagnostic négatifs. Hémorragie légère au 10^e jour, avec très légère chute de la température. Hémorragie très abondante au 27^e jour, avec chute de 0°3.

Hémorragie extrêmement abondante au 31^e jour, suivie d'une ascension immédiate de 1°, puis 2° en dix heures. Mort.

M. D..., âgé de 46 ans, entre au onzième jour environ de son affection, le 20 septembre 1923.

Signes habituels de typhoïde clinique.

Hémoculture et sérodiagnostic négatifs.

Au 16^e jour, petite hémorragie intestinale, avec très légère chute de la température. On supprime les bains. La courbe thermique oscille entre 38° et 39° pendant une semaine, et remonte à 40°.

Au 27^e jour, le 6 octobre, hémorragie intestinale très abondante, se prolongeant dans les jours qui suivent ; c'est à la suite d'une dernière perte de sang extrêmement importante, inondant en permanence le lit du malade, dans la nuit du 7 au 8 octobre et dans la matinée du 8, que le malade meurt, le 8, à 9 heures du soir.

La courbe thermique montre que, pendant toute la durée de l'hémorragie, la température n'a pas été modifiée et qu'à dater de l'après-midi du 7, malgré l'hémorragie considérable de la nuit suivante et du lendemain, elle s'élève progressivement jusqu'à 41°8.

Le 8 octobre 1913 : *Mort.*

AUTOPSIE. — *Intestin grêle* : Nombreuses ulcérations sur le grêle, sans suffusion hémorragique.

Gros intestin : Côlon. Sur le côlon, les tuniques sont infiltrées de sang sur toute l'étendue de l'intestin, avec dépôts fibrino-sanguins abondants.

Poumons : Congestion des deux bases.

OBSERVATION VI

Fièvre typhoïde clinique. Hémoculture et sérodiagnostic négatifs. Au 27^e jour, hémorragie de 1 litre et demi. Chute de 0°5. — Au 27^e jour, nouvelle hémorragie d'un demi-litre. Elévation thermique de 1°. — Au 34^e jour, mort.

Mme C... G..., âgée de 33 ans, entre au 22^e jour de son affection, le 12 février.

Fièvre typhoïde clinique, avec hémoculture négative et sérodiagnostic positif. Signes habituels : céphalée, asthénie, prostration légère, constipation, météorisme, langue typhique, taches rosées, grosse rate, matité de la base droite, température à 38°-40°, avec pouls à 120.

Au 25^e jour, le 15 février, à 4 heures du matin : hémorragie très abondante : la bassine renferme du sang pur, rouge, avec de gros caillots un peu plus foncés, environ 1.500 gr. au total. Et la température, qui était de 40°5, baisse seulement de 0°5 en six heures, pour remonter ensuite à 40°3.

Le lendemain, le facies est d'une pâleur de cire, les yeux sont caves, le pouls est à 168, très mou ; les nausées sont continuelles. Il est vraisemblable que l'hémorragie continue. La température tombe alors de 1°, sans qu'il y ait eu nouvelle extériorisation sanguine.

Au 27^e jour, le 17 octobre, nouvelle hémorragie à 10 heures du matin composée de sang noir avec de gros caillots : elle peut être évaluée à 500 gr. environ. Immédiatement après cette nouvelle soustraction sanguine, la température monte immédiatement de 1°. Des complications successives apparaissent : phlébite droite, escarre fessière bilatérale.

Le 23 février, au 34^e jour, Mort. Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION VII

Fièvre typhoïde. Hémoculture et séro-diagnostic positifs. Au 11^e jour, hémorragie moyenne. Elévation thermique de 0°2. Au 12^e jour, hémorragies répétées, 400 à 500 gr. Chute immédiate de 1°. Chute tardive à 37°, 36 heures après. Guérison.

Mme D..., âgée de 49 ans, qui soignait, un mois et demi avant son admission dans le service, sa petite fille atteinte de typhoïde, il y a quinze jours a fait une hémorragie intestinale qu'elle attribue à des hémorroïdes. Depuis quelques jours seulement elle se plaint de céphalée. La température était de 38°2 le soir.

Elle entre le 25 décembre 1924.

Signes habituels : langue sèche et rôtie, deux points de muguet sans ulcérations. Gros foie. Très grosse rate.

Hémoculture et séro-diagnostic positifs.

Au 11^e jour, le 27 décembre, à 5 heures du matin, une hémorragie composée de 3 ou 4 caillots de la grosseur d'une noix. Elévation de 0°2.

Au 12^e jour, à 5 heures du matin également, hémorragie plus importante que la précédente, suivie d'une baisse thermométrique de 1°.

L'hémorragie continue à 10 heures par une nouvelle selle d'environ 100 gr. avec petits caillots, se reproduit à 3 heures très abondante et encore à 5 heures de l'après-midi moins forte.

Bref l'hémorragie a duré de façon presque continue pendant 36 heures et la chute de température à 37° caractéristique ne s'est faite qu'à la fin de l'hémorragie.

Le 4 février 1925, guérison.

OBSERVATION VIII

Fièvre typhoïde : hémoculture et séro-diagnostic positifs.

Au 13^e jour, très abondante hémorragie suivie d'une élévation de 0°7. Au 14^e jour, nouvelle hémorragie suivie d'une réascension de 0°5. Le même jour, troisième hémorragie avec chute de 1°. Guérison.

M. L..., âgé de 15 ans 1/2, entre en même temps que sa mère dans le service des Typhiques le 31 octobre 1924.

Signes classiques : Prostration, langue typhique, taches rosées. Météorisme. Grosse rate douloureuse à deux travers de doigt au-dessous des fausses-côtes. Bronchite. Matité de la base droite. Pouls dicrote et premier bruit du cœur assourdi.

Hémoculture positive. Séro-diagnostic positif au 1/250.

Au 13^e jour, le 8 novembre, hémorragie intestinale abondante à midi. C'est une hémorragie en nappe, de sang rouge, avec des caillots de la grosseur d'une noix à une petite mandarine. Malgré cela il y a une élévation de température de 0°7.

Le 9 novembre, à minuit, nouvelle hémorragie suivie dans la matinée d'une réascension de 0°5.

Et c'est seulement à midi, vingt-quatre heures après le début de l'entérorragie, que la température tombe de près de 1°5.

A minuit, nouvelle perte de sang suivie d'un abaissement immédiat de 1°. Les selles sont toujours rouges, mais les caillots plus petits.

Au 21^e jour, le 16 novembre, les selles présentent à nouveau du sang. Uniformément rouges, renfermant quelques rares caillots de la grosseur d'une noisette, sans modification de la courbe.

Cette dernière hémorragie est le signal de la défervescence. La température revient à 37° et s'y maintient trois jours seulement, car une rechute malheureuse et des escarres fessières et talonières retardent la guérison jusqu'en février 1925.

Février 1925 : Guérison.

OBSERVATION IX

Fièvre typhoïde. Séro-diagnostic positif. Hémorragies tardives répétées aux 39°, 43°, 45° et 46° jours, la première de 800 gr. avec chute thermique caractéristique de 3°5. La deuxième de 500 gr. avec ascension de près de 1°. La troisième de 1.000 gr. avec ascension immédiate de 0°3 suivie d'une chute de 2°8, 24 heures après. La quatrième de 600 gr. avec chute minime de 0°2.

M. C... Marcel, 40 ans, tourneur.

Crises de rhumatisme articulaire aigu de 9 ans à 30 ans.

Il entre dans le service le 1^{er} juillet 1925, se plaignant depuis le 20 juin de courbature, céphalée, frissons et de constipation opiniâtre. La température prise seulement à partir du 26 était de 39°5, mais elle monte à 40° les jours suivants où elle se maintient en plateau.

A l'entrée : constipation, langue saburrale, ulcérations sur le pilier droit. Foie débordant légèrement les fausses côtes. Rate percutable, non palpable. Légère submatité de la base droite.

Au cœur : souffle systolique de la pointe. Pouls légèrement dicrote.

Hémoculture négative. Sérodiagnostic positif.

Au 39° jour, dans la nuit du 29 au 30 juillet, première entérorragie très abondante de 800 gr. environ, nécessitant une application de glace.

Chute thermique immédiate et profonde de 3°5.

Au 43° jour, le 2 juillet, melœna important de 500 gr. environ. La température monte immédiatement de 0°9. Pas de signes d'hémorragie marquée.

Au 45° jour, le 4 juillet, à 3 heures du matin, nouveau melœna de 1 litre environ de sang complètement noir s'accompagnant immédiatement de syndrome d'hémorragie intense. Aussitôt élévation thermique de 0°3.

A 15 heures, dans l'après-midi, la température s'élève à 41°1 après une transfusion suivie de frisson et ne tombe à 38°3, c'est-à-dire de 2°8 que 24 heures après le début de l'hémorragie.

C'est alors que le 5 juillet, à 5 heures du matin, il a une nouvelle perte sanguine de 500 gr.

Le malade a cependant un pouls facilement perceptible. Mais il est complètement décoloré, ses muqueuses sont jaune pâle. Ni éblouissements, ni bourdonnements d'oreille, mais pour la première fois tendance à la somnolence. La température monte encore de 0°2.

Après une nouvelle transfusion les hémorragies s'arrêtent. Mais l'apparition d'une parotidite droite vient assombrir le pronostic.

Le 19 juillet : *Mort.*

Autopsie : Intestin. Ulcérations sur l'intestin grêle.

Cœur : Sur la valvule mitrale et les valvules sigmoïdes tissu cartilagineux crétacé cicatriciel révélant d'anciennes poussées aiguës.

OBSERVATION X

Paratyphoïde B. Trois hémorragies aux 21°, 22° et 24° jours avec chute immédiate de 0°4 pour la première, de 1° pour les deux autres.

M. R... Germain, 42 ans, entre à l'hôpital le 5 septembre 1923. Le début de la maladie remonte au 20 août et s'est fait par de la diarrhée, de la céphalée, des douleurs abdominales et une épistaxis. Il a également présenté quelques vomissements.

A son entrée : langue saburrale, rate très nettement perçue. Disque d'albumine. Pas d'autres signes.

L'hémoculture donne du Para B.

Au 21° jour, le 13 septembre, les selles sont hémorragiques, la perte de sang est moyenne. Les bains sont arrêtés. Chute thermique de 0°4.

Au 22° jour, se produisent vers le soir plusieurs hémorragies nécessitant l'appel de l'interne de garde. Chute de 1°.

Sérum gélatiné; chlorure de calcium. Glace.

Au 24° jour, troisième hémorragie moins abondante avec chute thermique de 1°.

Le 3 novembre 1923 : *Guérison.*

OBSERVATION XI

Fièvre typhoïde clinique. Hémoculture et sérodiagnostic négatifs. Au 30^e jour, selles hémorragiques sans modification thermométrique. Au 35^e jour, hémorragie très abondante qui n'influe en rien sur la marche de la température. Mort.

Mme F... Cl., 41 ans, malade depuis 8 jours, entre à l'hôpital le 6 août 1923 pour céphalée, courbature et vomissements : tous ces signes persistent depuis le début et sont accompagnés d'une température toujours élevée, au-dessus de 40°.

A l'entrée : constipation suivie de diarrhée. Prostration. Langue typhique : rougeur et léger exsudat à l'angle du pilier gauche et de la luette. Taches rosées. Rate perceptible. Submatité de la base droite. Albuminurie. L'hémoculture et le sérodiagnostic sont néanmoins négatifs.

Au 30^e jour, le 2 septembre, selles hémorragiques sans modification thermométrique.

Au 35^e jour, nouvelle selle hémorragique très abondante. Néanmoins, la température qui était à plus de 40°, s'y maintient et s'élève dans les heures qui suivent jusqu'à 41°6.

Le 8 décembre : *Mort.*

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XII

Typhoïde. Hémoculture positive. Hémorragies au 8^e et au 9^e jours avec chute thermique de 1°2. Guérison.

M. T... Charles, négociant en vins, entre dans le service le 27 septembre 1923.

Depuis huit jours, il souffre de céphalée, de lassitude extrême avec température d'emblée à 39°, ayant persisté jusqu'à son entrée.

Ni diarrhée, ni épistaxis.

Selle hémorragique le jour de son entrée, chez lui, au 8^e jour. Langue saburrale. Gros foie et grosse rate, matité de la base droite. Albumine. Hémoculture positive.

Au 9^e jour, grosse hémorragie, le 28 au soir, qui se continue le lendemain matin avec chute thermique de 1°2.

Le 10 novembre 1923 : *Guérison*.

Hémorragies moyennes

Diagnostic et résumé des observations

OBSERVATION XIII

Mme B... Adrienne, 31 ans, entre le 6 octobre 1923.

Hémoculture positive (Eberth).

Fièvre typhoïde très nette.

Au 9^e jour, hémorragie composée de plusieurs selles avec gros caillots rouges. L'hémorragie dure encore 24 heures après.

Première chute de 1° suivie d'une réascension égale.

Deuxième chute de 2°.

Le pouls est dicrote.

Le 12 oct. 1923, 4 jours après l'hémorragie, *Mort*.

Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION XIV

Mme M... oJséphine, 28 ans, entre le 19 août 1925.

Fièvre typhoïde typique. Hémoculture positive.

Au 12^e jour, dans la nuit du 20 au 21 août, hémorragie intestinale avec caillots suivie d'une *chute thermique* de 1°.

Au 14^e jour, nouvelle hémorragie assez abondante mais sans caillots. *Chute thermique* de 0°4.

Au 19^e jour, dans la nuit du 29 au 30 août, hémorragie de près de 300 gr. avec caillots de sang pur.

Chute thermique de 0°3 seulement.

Après une chute thermique de 4° inexplicable, le 6 septembre,

Le 7 octobre 1925 : *Guérison*.

OBSERVATION XV

Mme B... Claudine, 31 ans, entre le 18 septembre 1925.

Typhoïde : signes habituels.

Hémoculture positive à l'entrée, négative le 28 septembre.

Sérodiagnostic négatif à l'entrée, positif le 28 septembre.

Au 23^e jour, le 1^{er} octobre, petite hémorragie intestinale de 100 gr. environ ayant cédé aux moyens habituels.

Élévation de 0°5.

Dans la nuit du 1^{er} au 2 octobre, nouvelle petite hémorragie de 50 gr. Abaissement de 0°4.

Prostration très marquée.

Le 6 octobre, abcès au niveau du premier espace inter-métacarpien gauche et du quatrième orteil. Collection liquide au niveau de la cuisse gauche.

Au 36^e jour, le 14 octobre, petite hémorragie de 100 gr. dans l'après-midi. *Chute de 0°5.*

De même dans la nuit du 13 au 14.

Le 15 octobre : *Mort*.

Autopsie : Poumon droit : Atélectasie de la base droite.

Légère congestion des deux poumons avec sérosité spumeuse et rosée par expression.

Reins : ils se décortiquent mais par places plus difficilement.

Il existe plusieurs petites dépressions cupuliformes sur la face externe corticale diminuée d'épaisseur.

Foie : poids, 1.580 gr. Foie infectieux pâle.

Rate : poids, 180 gr. Cœur : normal.

Intestin : gros intestin, pas d'ulcérations; intestin grêle, sur la portion terminale assez nombreuses ulcérations, généralement peu larges, mais certaines sont très profondes : il semble que leur fond ne soit constitué que par la séreuse. Près de la valvule iléo-cæcale une ulcération cratériforme.

OBSERVATION XVI

M. P... Gx, 30 ans, entre le 1^{er} septembre 1925.

Typhoïde avec météorisme, prostration, splénomégalie, etc.
Sérodiagnostic très positif.

Signes de broncho-pneumonie.

Au 7^e jour, hémorragie intestinale de près de 300 gr. *Élévation thermique immédiate de 0°9*. Puis dans les deux jours qui suivent, la température tombe de deux degrés, pendant trois jours les oscillations sont plus marquées, les rémissions matinales à 37° et six jours après l'hémorragie, la température est revenue à la normale.

Le 1^{er} octobre 1925 : *Guérison*.

OBSERVATION XVII

Mme F... Marcelle, 25 ans, entre (en même temps que sa sœur) le 28 juin 1925.

A mangé des huîtres, à Marseille, 3 semaines avant.

Le 14 juin seulement : Température à 38°5 puis à 40°.

Langue blanche, à bords framboisés. Ulcération simples, rouges.

Rate très perceptible et dure.

Le 20 juin : Prostration et délire.

Hémoculture positive. Sérodiagnostic positif.

Plusieurs accidents de cyanose au cours d'un bain.

Au 14^e jour, le 26 juin : un petit caillot de sang dans les selles.

Au 28^e jour, selles hémorragiques : 200 gr.

Le sang est presque complètement coagulé. *Chute thermique de 1°*.

A partir du jour de l'hémorragie, la température baisse rapidement. Douze jours après, elle est normale.

Le 1^{er} août 1925 : *Guérison*.

OBSERVATION XVIII

M. L... Marie, 15 ans, entre le 29 juin 1925, après un début qui remonte à dix jours et qui s'est fait par les signes habituels.

A l'entrée : Epistaxis, diarrhée, prostation. Légère ulcération du pilier droit. Gros foie. Splénomégalie.

Matité de la base droite. Pas de taches rosées. Météorisme. Pouls dicrote.

Hémoculture négative. Sérodiagnostic positif.

Au 16^e jour, mœléna de 200 à 300 gr., précédé de douleurs abdominales. *Pas de modification thermique.*

A partir de ce jour, la température baisse rapidement, d'abord de 2°; elle est à 37°, cinq jours après.

Le 6 août 1925 : *Guérison.*

OBSERVATION XIX

Mme D... Marie, 25 ans, entre le 21 août 1924. Début le 9 août, par signes habituels.

A l'entrée : Prostation. Diarrhée. Langue typhique. Taches rosées nombreuses. Gros foie. Rate perceptible.

Matité de la base droite : Signes de bronchite. Pouls dicrote.

Hémoculture négative. Sérodiagnostic positif.

Au 13^e jour, le 24 août : 1 à une heure du matin, hémorragie intestinale : une selle liquide, avec sang en moyenne abondance ; 150 gr., sans caillots. *Chute thermique de 4°.*

Guérison.

OBSERVATION XX

Mme B..., 32 ans, entre le 7 novembre 1922.

Un mois avant, a fait un voyage dans le Midi, où elle a mangé beaucoup de coquillages.

Depuis 3 semaines, anorexie, lassitude, légers épistaxis. Elle est alitée depuis onze jours. La température est entre 39 et 40°.

A l'entrée : Légère prostation. Taches rosées. Un peu de météorisme abdominal. Foie un peu augmenté de volume. Rate perçue : matité à quatre travers de doigt. Matité de la base droite ; quelques râles congestifs aux deux bases. Tendance à l'embryocardie.

Au 19^{me} jour, une selle avait été suspecte de renfermer un peu de sang.

Au 21^e jour, dans la nuit du 12 au 13, selles avec caillots noirâtres ; à la suite d'un lavement, une selle rouge a été rendue. Pas de modification thermique.

L'hémorragie dure 3 ou 4 jours, avec une intensité moyenne. Le 14 novembre, une numération globulaire montre 1.036.000 globules rouges. La tension artérielle est de 10,5/5,5, le pouls à 108.

Après une petite poussée de cholécystite, la malade est guérie.

Le 23 décembre 1922 : *Guérison*.

OBSERVATION XXI

M. M... Marcel, 20 ans, entre le 4 août 1924, au 10^e jour environ de son affection.

Au 11^e jour, selles sanglantes, sans épreinte ni ténesme.

Au 12^e jour, petite hémorragie, avec un caillot, *sans modification thermique*.

Au 13^e jour, hémorragie assez abondante. *Chute thermique* de 1°.

Lès hémorragies cessent. La diarrhée disparaît vers le 30^e jour.

Le 7 septembre 1924 : *Guérison*.

Les hémorragies légères

Diagnostic et résumé des observations

OBSERVATION XXII

M. C... Henri, 39 ans, entre le 24 septembre 1924.

Fièvre typhoïde, avec sérodiagnostic positif.

Au 10^e jour, quatre selles hémorragiques successives.

Ascension thermique de 0°5, suivie d'une chute de 1°2.

Au 11^e jour, nouvelle selle hémorragique. *La température reste au même niveau* quatre heures après.

Au 26^e jour, une selle sanglante.

Le 4 janvier 1925 : *Guérison*.

OBSERVATION XXIII

Mme C... Françoise, 57 ans, entre le 27 septembre 1924.

Fièvre typhoïde typique. Hémoculture positive à l'entrée.

Au 15^e jour, selles sanglantes. *Pas de chute thermique*. *Rechutes*. Epanchement pleural.

Le 26 décembre 1924 : *Mort*.

Autopsie. — Poumons : Epanchement pleural droit, 800 gr.

Poumon droit ratatiné, sans foyer d'hépatisation.

Poumon gauche œdémateux.

Cœur : Normal.

Foie : Surcharge grasseuse très nette. Poids : 2.400 gr.

Rate : Grosse.

Reins : Rein droit : Calcul du bassinet, du volume d'une noisette mobile. Pas d'infection surajoutée.

Intestin : Intestin grêle : Plaques de Peyer tuméfiées. Pas d'ulcérations.

Gros intestin : Cæcum et côlon ascendant très distendus, car sur le début du côlon transverse, on note un coude aigu, formant obstruction. A ce niveau, stagnation de matières dures.

Pas d'ulcérations.

OBSERVATION XXIV

Mlle B... Marie-Louise, 34 ans, entre le 6 juin 1923.

Fièvre typhoïde, avec hémoculture positive.

Au 13^e jour, le 17 juin, petite hémorragie intestinale (quelques caillots), *sans modification thermique*.

La température deux jours après tombe de 1°5 et oscille pendant 6 jours entre 37° et 38°5, pour redevenir normale du 25 juin au 23 juillet.

Le 23 juillet : *Guérison*.

OBSERVATION XXV

M. B... Frédéric, 30 ans, entre le 30 juillet 1923.

Fièvre typhoïde typique. Hémoculture positive.

Aux 14^e et 16^e jour, les 2 et 4 août, selles légèrement hémorragiques. *Chute thermique de 0°3 et 0°5*.

Après la deuxième selle, la température tombe régulièrement les jours suivants, d'abord de 1°, et dix-huit jours après, est à 37°.

Le 15 septembre 1923 : *Guérison*.

OBSERVATION XXVI

M. S... Charles, 18 ans, entre le 31 octobre 1924.

Typhoïde. Hémoculture positive. Repiquage. Sérodiagnostic positif au centième.

Au 18^e jour, selle noire avec nombreux caillots.

Elévation thermique consécutive de 1°.

Puis, 4 jours après, la température baisse de 1°, et, au bout d'une nouvelle semaine, est à 37°.

Le 6 décembre 1924 : *Guérison*.

OBSERVATION XXVII

Mme P... Joséphine, 32 ans, entre le 22 octobre 1923.

Typhoïde, avec signes cliniques très nets. Hémoculture positive.

Au 8^e jour, hémorragie intestinale peu abondante.

Élévation thermique immédiate de 1°.

En six jours, la température tombe de 2° en, en douze jours, elle est revenue régulièrement à la normale.

Légère rechute alimentaire.

Le 15 décembre 1923 : *Guérison.*

OBSERVATION XXVIII

Mme D... Marie, 34 ans, entre le 3 avril 1925.

Typhoïde, avec signes cliniques très nets. Sérodiagnostic positif, au 1/400.

Au 24^e jour, deux selles, avec petits caillots.

Chute de 0°3.

Au 26^e jour, petit caillot noirâtre insignifiant, dans les selles.

Au 27^e jour, nouveau caillot, avec *élévation de la température de 0°4.*

Trois jours après, les selles sont encore un peu noirâtres.

En une semaine, la température revient régulièrement à 37°.

Le 28 mai 1925 : *Guérison.*

OBSERVATION XXIX

Mme S..., 26 ans, entre le 5 novembre 1924.

Fièvre typhoïde typique. Hémoculture positive.

Au 21^e jour, légère hémorragie : selles noires, avec très petits caillots. Les selles suivantes sont noires et rouges, accusant la présence de caillots, de la grosseur d'une tête d'épingle en verre.

Pas de chute thermique appréciable.

Au 26^e jour, perforation intestinale.

Le 23 novembre 1924 : *Mort.*

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité péritonéale, on trouve 200 gr. de liquide louche, abondant.

Intestin. — Intestin grêle, très dilaté, du calibre des 2/3 d'un poignet adulte.

Plaques de Peyer abondantes, congestionnées, légèrement ulcérées en certains points. Pas de perforation visible à ce niveau.

Gros intestin. — Côlon : Distension formidable. Il est du calibre d'une fois et demie celui d'une estomac d'adulte, et sur toute sa longueur.

Il existe un amas épiploïque au niveau du cæcum et du côlon ascendant. L'épiploon est accolé à l'intestin. Est-ce le siège d'une perforation ? On ne peut la découvrir, malgré les recherches les plus attentives.

Appendice normal.

Estomac très dilaté.

OBSERVATION XXX

Mlle O... Emilie, 50 ans, entre dans le service le 19 septembre 1923.

Fièvre typhoïde typique, avec hémoculture positive (Eberth).

Au 22^e jour, selles hémorragiques, avec élévation thermique de quelques dixièmes.

Le 22 novembre 1923 : *Guérison*.

OBSERVATION XXXI

Mlle P... Marie-Louise, 22 ans, entre le 7 septembre 1923.

Typhoïde clinique typique. Les examens de laboratoire n'ont pas été pratiqués.

Au 7^e jour, selle hémorragique. Chute thermique de 0°6.

Panaris osseux.

Le 1^{er} novembre 1923 : *Guérison*.

OBSERVATION XXXII

M. C... Laurent, 58 ans, entre le 9 décembre 1924, au 11^e jour environ de son affection.

Typhoïde typique. Hémoculture et sérodiagnostic positifs (+250).

Au 12^e jour, légère hémorragie (un lavement revient complètement teinté de sang).

Chute thermique de 0°6.

Broncho-pneumonie.

Le 7 janvier 1925, au 3^e septenaire : *Mort.*

Autopsie. — Intestin : Plaques de Peyer légèrement hypertrophiées. Quelques ulcérations peu profondes sur les derniers centimètres du grêle.

Ganglions mésentériques peu hypertrophiés.

OBSERVATION XXXIII

M. B... François, 24 ans, entre le 16 août 1924, quinze jours environ après le début de son affection.

Typhoïde. Hémoculture positive. Sérodiagnostic positif.

Au 21^e jour, hémorragie intestinale légère. *Élévation de 0°5.*

Au 22^e jour, dans la nuit, nouvelle petite hémorragie. *Élévation de 0°3.*

Au 24^e jour, nouvelle petite perte sanguine. *Pas de modification thermique.*

En dix jours, la température tombe de 39° à 38°, et à 37°, par plateaux successifs.

Le 6 octobre 1924 : *Guérison.*

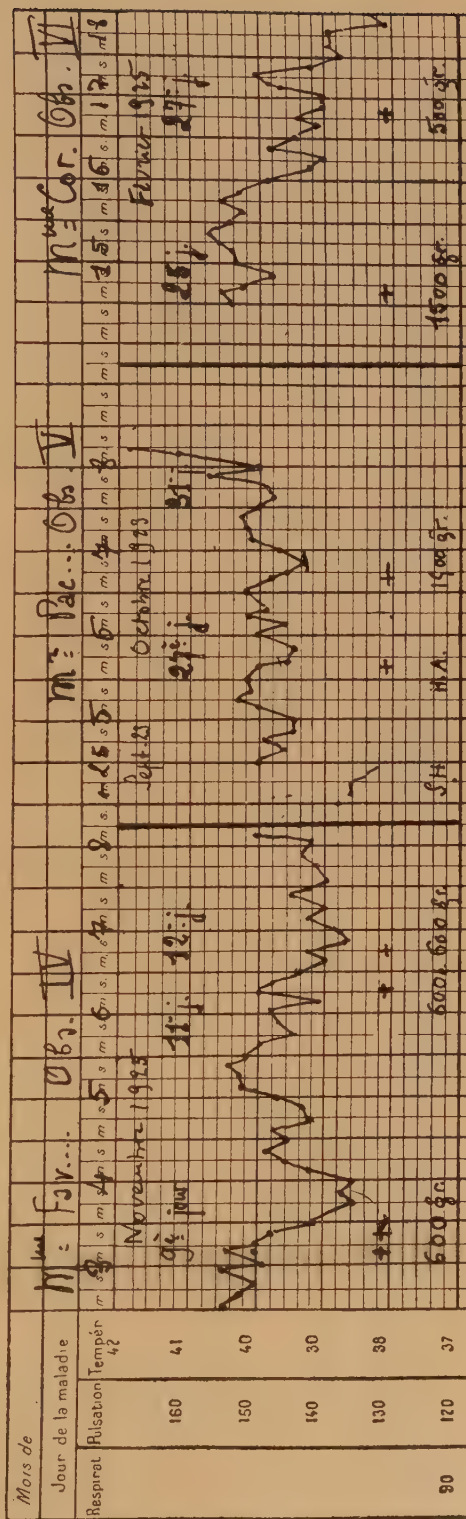
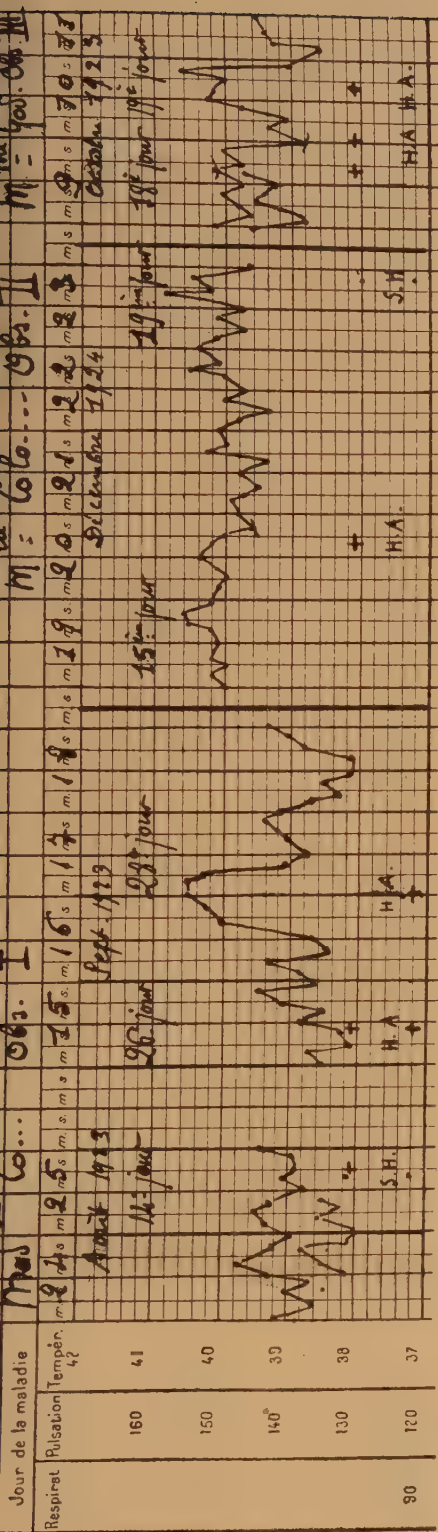
OBSERVATION XXXIV

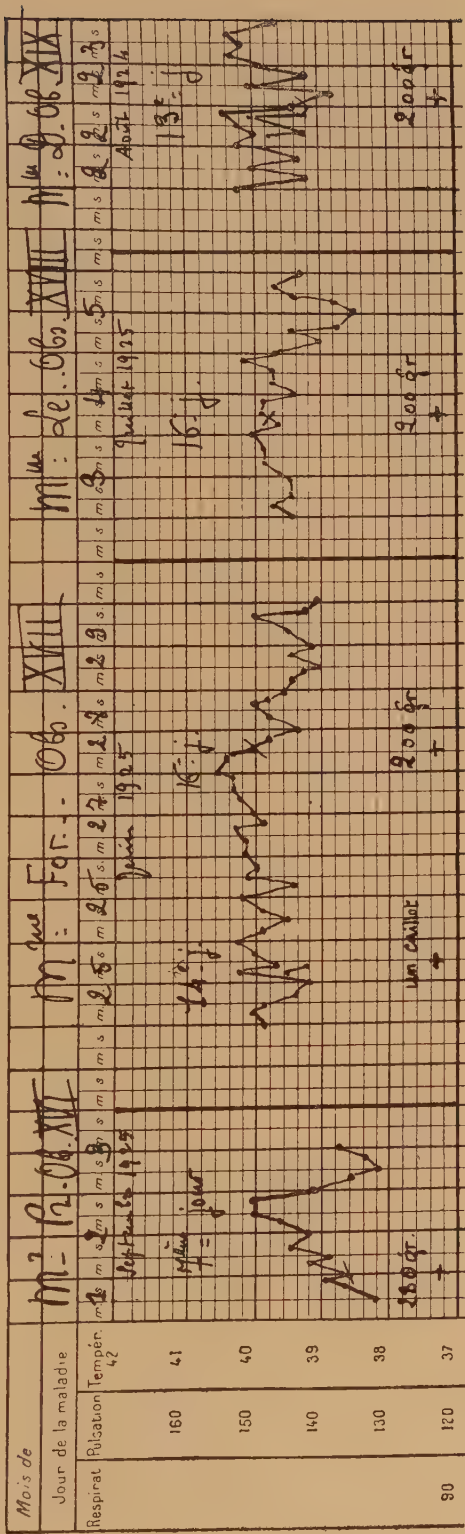
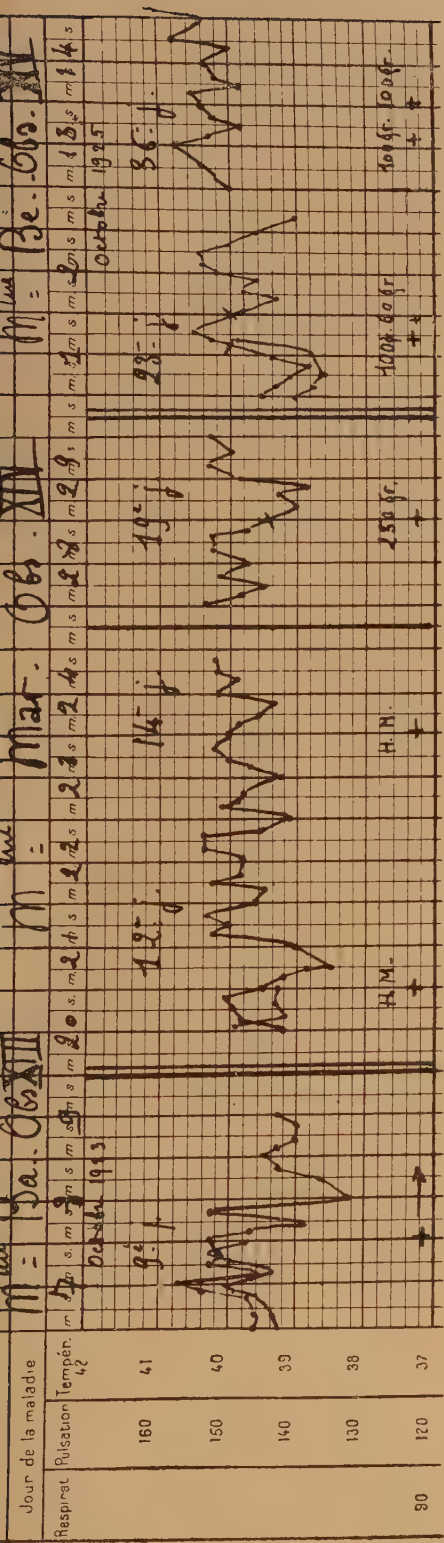
Mlle O... Fernande, 15 ans, entre le 4 novembre 1924, au 10^e jour environ de son affection.

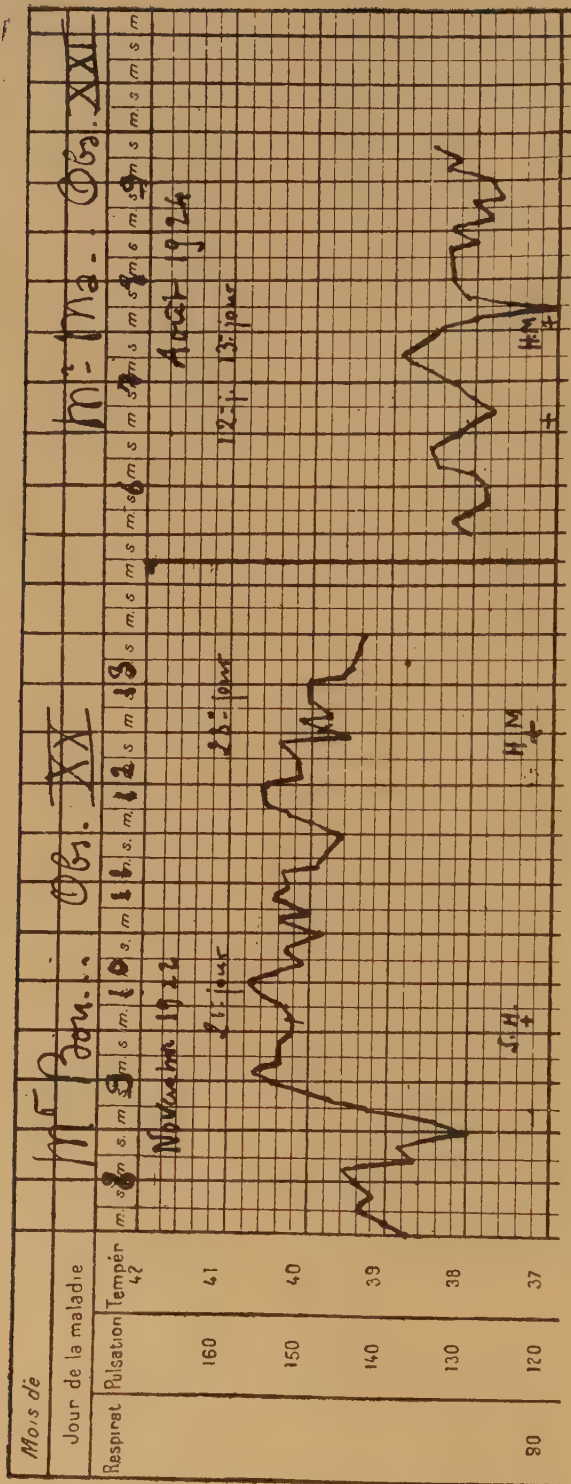
Typhoïde typique. Hémoculture positive. Sérodiagnostic positif.

Au 11^e jour, selle hémorragique peu abondante. *Élévation thermique de 0°2.*

Le 8 décembre 1925 : *Guérison.*







Jour de la maladie	Respirat.	Tempér.
M = Ch. 06, XII	m. 2	42
M = Ch. 06, XI	m. 2	41
M = Ch. 06, X	m. 2	40
M = Ch. 06, IX	m. 2	39
M = Ch. 06, VIII	m. 2	38
M = Ch. 06, VII	m. 2	37

Mois de		Jour de la maladie		Tempér.		Pulsation		Respirat.	
Jan. C. Ob.		XXVII		M = 1. Dec. XXVIII		M = 2. Dec. XXVIII		M = 3. Dec. XXVIII	
18.5		18.5		18.5		18.5		18.5	
160		41		40		39		38	
150		140		130		120		90	

Mors de -		Jour de la maladie	
Respirat.	Pulsation	Tempér	
42			
41	160		
40	150		
39	140		
38	130		
37	120		

CONCLUSIONS

I. — Les hémorragies intestinales, dont la fréquence est variable, de 4 à 10 % environ, peuvent survenir au cours de la période d'infiltration ou de la période d'ulcération des follicules isolés ou agminés. Elles correspondent presque toujours à la période d'ulcération, c'est-à-dire qu'elles apparaissent surtout pendant le deuxième et le troisième septénaire.

II. — Parmi les signes généraux de l'hémorragie intestinale typhique, un des plus importants est constitué par les modifications de la courbe thermique.

Les hémorragies intestinales, au cours de la fièvre typhoïde, s'accompagnent, suivant la majorité des auteurs, d'une chute immédiate et profonde de la température.

III. — Cette loi clinique, d'après nos 34 observations de fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes compliquées d'hémorragies intestinales, non seulement ne doit pas être considérée comme habituellement vérifiée, mais elle est manifestement erronée.

IV. — Sur ce total d'observations, les hémorragies intestinales s'étant, chez certains malades, reproduites plusieurs fois, il y a eu 61 hémorragies.

Or, dans 37 cas seulement, il y a eu un abaissement thermique le plus souvent insignifiant et ne dépassant pas 0°6.

Et, dans 24 autres cas, par contre, l'hémorragie a été suivie d'une élévation immédiate de la température de 1° et plus.

V. — Il est des cas où la chute thermique, quand elle a lieu, n'est pas immédiate, mais se fait 24 ou 48 heures après l'hémorragie, quelquefois même après une élévation passagère,

VI. — Il n'y a pas lieu d'établir un lien étroit entre le degré d'importance de l'hémorragie et l'importance de la chute thermique.

VII. — Dans les jours qui suivent l'hémorragie, on observe des cas indifférents, où la courbe thermique n'est pas modifiée dans son ensemble par l'entérorragie, des cas défavorables ou mortels avec hyperthermie, plus rarement accompagnés d'un abaissement de la température, et des cas favorables, où la température, en quelques jours, tombe régulièrement de plusieurs degrés, pour revenir à la normale.

VIII. — Au point de vue du pronostic, les hémorragies sont toujours à redouter. Quand elles sont très abondantes, elles entraînent souvent la mort par schok ou perforation.

Les hémorragies légères elles-mêmes ne sont pas inoffensives, car elles peuvent annoncer des pertes plus abondantes.

Mais, dans un grand nombre de cas, par contre, elles peuvent être considérées comme favorables à une chute rapide et durable de la température et à la guérison.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	A. CADE.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 Mars 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

PETIT et SERRES. — Traité de la fièvre entéro-mésentérique.
Trousseau. — Cliniques.

LOUIS. — Recherches anatomiques pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde, 1841.

DIDIER Georges. — Hémorragies de la fièvre typhoïde, 1862.

ROCHET. — De l'entérorragie dans la fièvre typhoïde. *Thèse Strasbourg*, 1866.

DUBUCHET. — Hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde, 1872.

RAOULT. — Des hémorragies dans le cours de la fièvre typhoïde, 1874.

MIRZA-ALI. — *Thèse Paris*, 1876.

ARNAUD ALBIN. — De l'hémorragie dans la fièvre typhoïde, 1876.

HUTINEL. — Les températures basses centrales. *Thèse Paris*, 1880.

MURCHINSON. — Traduction par Lutaud, 1880.

LECOMTE. — *Thèse Paris*, 1881.

GRELLETY. — De la fièvre typhoïde, 1883.

PICARD. — Etude sur l'entérorragie dotiésentérique. *Thèse Paris*, 1885.

COUTENOT. — Monographie clinique et thérapeutique de la fièvre typhoïde. Besançon, 1892.

P. TEISSIER. — *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1904.

BROUARDEL et THOINOT. — Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique, Paris, 1908.

CHANTEMESSE et WIDAL. — Les infections typhoïdes. Traité de Médecine.

COLLET. — Pathologie interne.

VERHOGEN. — Pathologie interne, 1921.

P. SAVY. — Précis de Pratique médicale, 1922.

LENGLET et AYRIGNAC. — Les infections typhoïdes, 1923.

ABRAMI, WIDAL et LEMIERRE. — Nouveau Traité de Médecine, 1924.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Chapitre Premier. — Données anatomo-pathologique.....	13
Chapitre II. — Données cliniques.....	19
Article I. Fréquence des Hémorragies....	19
Article II. Dates des Hémorragies.....	22
Article III. Symptomatologie	24
Article IV. Rapports de l'Hémorragie intestinale avec la Température	27
§ 1. Dans les premières heures qui suivent l'hémorragie.....	27
§ 2. Dans les jours qui suivent l'hémorragie	31
Chapitre III.— Pronostic des Hémorragies.....	33
Observations	37
Tracés thermométriques.....	59, 60, 61, 62, 63 et 64
Conclusions.....	65
Bibliographie.....	69
